

Is een volksverzekering tegen ziektekosten economisch haalbaar?

DRS. C. PETERSEN*

Van tijd tot tijd wordt in Nederland gepleit voor het invoeren van een volksverzekering tegen ziektekosten. Daarmee zou een billijker lastenverdeling van de ziektekosten te bereiken zijn, zou discriminatie tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden kunnen worden uitgesloten en zou de dreigende onbetaalbaarheid van de vrijwillige ziekenfondsverzekering, die het gevolg is van een concentratie van „slechte” risico's, kunnen worden tegengegaan. Onduidelijk is evenwel of een dergelijke volksverzekering tegen ziektekosten economisch haalbaar zou zijn. In dit artikel worden zowel de micro- als de macro-economische consequenties van invoering van een volksverzekering tegen ziektekosten onderzocht. De auteur komt tot de conclusie dat vanuit macro-economisch gezichtspunt een volksverzekering tegen ziektekosten haalbaar moet worden geacht. Tevens zou een dergelijk systeem een evenwichtiger verdeling van de lasten van ziektekosten over de verzekerden tot gevolg hebben.

1. Inleiding

Van tijd tot tijd wordt, in Nederland al of niet met verwijzing naar de reeds vele jaren in Engeland en Zweden bestaande voorbeelden, gepleit voor een volksverzekering tegen ziektekosten 1). Dit pleidooi berust doorgaans op één of meer van de volgende overwegingen 2):

- in het kader van een volksverzekering zou een billijker lastenverdeling van de ziektekosten mogelijk zijn dan onder het huidige systeem van enerzijds een met het inkomen stijgende premie voor verplichte ziekenfondsverzekerden en anderzijds een inkomensafhankelijke premie voor particulier verzekerden 3);
- een volksverzekering sluit discriminatie tussen verschillende categorieën verzekerden per definitie uit 4);
- één verzekering tegen ziektekosten impliceert een grotere doorzichtigheid en daarmee betere beheersbaarheid dan de huidige geschakeerde structuur van ziektekostenregelingen 5);
- het in het kader van de beheersbaarheid voorgestane systeem van budgettering zal eerst volledig effectief kunnen zijn bij een volksverzekering tegen ziektekosten 6);
- het nog steeds in belang toenemend verschijnsel van „bad risks drive out good risks” als gevolg van „adverse selection” in de vrijwillige ziekenfondsverzekering, waardoor de premie voor de resterende „slechte” risico's in de vrijwillige ziekenfondsverzekering onbetaalbaar dreigt te worden, zal de overheid vrijwel zeker nopen tot ingrijpen in de bestaande wettelijke structuur van ziektekostenverzekeringen in een richting die per definitie tot grotere solidariteit, en daarmee naar een volksverzekering, zal leiden 7).

Het een en ander houdt samengevat in wezen in dat, evenals ten aanzien van de structuur van de inkomensoverdrachten in het kader van de sociale zekerheid door auteur dezes reeds eerder bepleit en toegelicht is, wordt gepleit voor het duidelijker en stringenter hanteren van de criteria van economische efficiency, „equity” of wel rechtvaardigheid en administratieve efficiency of wel doorzichtigheid en toegankelijkheid ten aanzien van de ziektekostenverzekeringen (*ESB*, 13 januari 1982).

Eén van de belangrijkste argumenten tegen de invoering

van een volksverzekering tegen ziektekosten is dat een dergelijke regeling „economisch niet haalbaar” zou zijn 8). Invoering van een volksverzekering zou o.m. leiden tot grote inko-

* De auteur is wetenschappelijk medewerker bij de vakgroep macro-economie van de Economische Faculteit van de Erasmus Universiteit Rotterdam. Hij is drs. W. P. M. M. van de Ven van het Centrum voor Onderzoek van de Economie van de Publieke Sector van de Rijksuniversiteit Leiden zeer erkentelijk voor het waardevolle en uitvoerige commentaar op een eerder concept van dit artikel. Evenzo is de auteur drs. ing. F. A. J. van den Bosch en een andere referant dank verschuldigd voor hun stimulerende op- en aanmerkingen.

1) Zie voor een beschrijving van de in Engeland en Zweden (reeds bestaande volksverzekering tegen ziektekosten *Beschrijving van de gezondheidszorgstelsels in Engeland en Zweden*, Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 1981 en de vergelijkende beschouwing van G. Schrijvers, *Regionalisatie en financiering van de Engelse, Zweedse en Nederlandse gezondheidszorg*, 1980.

2) Zie hiertoe SER, *Advies inzake de structuur van de verzekeringen tegen kosten van geneeskundige verzorging*, Den Haag 1973 en Sociaal en Cultureel Planbureau, *Profiel van de overheid in 1977*, 1981, hoofdstuk 10. Zie verder paragraaf 2.

3) Zie hiervoor tabel 2 in paragraaf 3.

4) Zie b.v. SER, op cit., blz. 22.

5) Zie b.v. Ziekenfondsraad Interimrapport beperkte volksverzekering, nr. 115, augustus 1981, waar onder meer wordt opgemerkt: „Voorts kan worden gesteld dat het huidige ziektekostenverzekeringssysteem qua financiering onvoldoende inzichtelijk is vanwege het grote aantal regelingen, financiers en wijzen van financiering”, blz. 17.

6) Zie hieromtrent ook W. A. Koch, Financiële overzichten en financiële plafonds, *ESB*, 16 juli 1980 en idem Regionale budgetten in de gezondheidszorg, *ESB*, 8 augustus 1979.

7) Getuige onder meer de speech uitgesproken door de plv. directeur-generaal volksgezondheid, Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, W. A. M. van Elsen, *Economische ontwikkelings-tendenzen en hun invloed op de huidige en toekomstige gezondheidszorg*, op de conferentie Gezondheidszorg in een turbulente cultuur: Afbraak of opbouw, van 9 april 1981. Zie voor de problematiek van de vrijwillige ziekenfondsverzekering verder b.v. W. P. M. M. van de Ven, *Financiering van de gezondheidszorg*, rapport 81.04 van het Centrum voor Onderzoek van de Economie van de Publieke Sector, Rijksuniversiteit Leiden, april 1981 en de daar aangehaalde literatuur.

8) Zie hierover onder meer *Heroverwegingen, samenvattend rapport sociale zekerheid en bijstand, volksgezondheid en arbeidsvoorwaarden collectieve sector*, Tweede Kamer, zitting 1980-1981, 16 625, nr. 4, blz. 77 en de aangehaalde literatuur in de uitvoerige beschouwing van W. P. M. M. van de Ven, Ziekenfonds - versus particuliere verzekeringen in de gezondheidszorg, *ESB*, 3 en 10 juni 1981.

mensverschuivingen en dan in het bijzonder ten nadele van alleenstaanden met een looninkomen hoger dan f. 42.300 (de loongrens van de verplichte ziekenfondsverzekering in 1981). Ook zou een stijging van de collectieve lasten onvermijdelijk zijn.

Ten einde de juistheid van deze uitspraken te toetsen wordt in het artikel ingegaan op zowel de macro- als micro-economische consequenties van een volksverzekering tegen ziektekosten. Aangezien tegen bijzondere ziektekosten (langdurige ziekenhuisopname e.d.) reeds een volksverzekering bestaat, n.l. de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), zullen hier uitsluitend de economische consequenties van de samenvoeging van de bestaande ziektekostenregelingen 9) tegen algemene, of wel „kortdurende” ziektekosten tot één volksverzekering „Algemene Wet Algemene Ziektekosten (AWAZ) geanalyseerd worden 10).

In de volgende paragraaf wordt beknopt ingegaan op de huidige structuur van de ziektekostenregelingen en in paragraaf 3 op de huidige kosten- en financieringsstructuur. Op basis hiervan worden in paragraaf 4 onder verschillende veronderstellingen de te verwachten macro-economische kosten van de AWAZ berekend. In paragraaf 5 worden vervolgens de micro-economische consequenties van een mogelijke volksverzekering tegen algemene ziektekosten behandeld. Ten slotte volgen in paragraaf 6 de samenvatting en conclusies.

2. De huidige structuur van de ziektekostenverzekeringen

In deze paragraaf zal een beknopt overzicht worden gegeven van de structuur van het huidige ziektekostenverzekeringsstelsel in Nederland ter wille van een goed begrip van de volgende paragrafen.

In het kader van de Ziekenfondswet zijn werknemers in de particuliere sector met een loon beneden een bepaalde grens (in 1981: f. 42.300 per jaar) en hun afhankelijke gezinsleden *verplicht* verzekerd. De premie, welke een percentage is van het loon (of uitkering) tot een bepaalde premiegrens (in 1981: f. 35.880 per jaar) wordt voor de helft door de werkgever en voor de andere helft door de werknemer gedragen. In 1981 bedroeg de premie 8,6%, in 1982 9,1%. In het geval verschillende leden van een huishouding in loondienst in de particuliere sector werkzaam zijn, betaalt ieder tot aan de premiegrens premie. Het totale aantal verzekerden, dat ongeveer twee maal zo hoog is als het totale aantal premiebetalers, bedroeg in 1981 7,1 mln.

Bejaarden met een inkomen beneden een bepaalde grens (per 1 juli 1981 f. 22.823,64 per jaar) kunnen deelnemen aan de ziekenfondsverzekering voor bejaarden. De te betalen premie is afhankelijk van de inkomensklasse (er worden vijf inkomensklassen onderscheiden beneden de grens!) waarin men valt. Per 1 juli 1981 lopen de premiebedragen voor gehuwden op van f. 29,80 per maand in de laagste inkomenscategorie tot f. 178 per maand voor de hoogste inkomenscategorie. Ter financiering van de totale kosten van de bejaardenverzekering spelen deze premiebetalingen echter een ondergeschikte rol. Zowel de overheid als de kas van de verplichte ziekenfondsverzekering dragen in belangrijke mate bij aan de financiering van de bejaardenverzekering. Zo staan tegenover de totale kosten van ca. f. 3,0 mrd. in 1981 slechts f. 0,7 mrd. aan premieontvangsten, terwijl de rijksbijdrage f. 1,4 mrd. en de bijdrage van de verplichte ziekenfondsverzekering f. 1,0 mrd. bedroeg. Het totale aantal verzekerden bedroeg in 1981 1,1 mln.

Voor degenen met een *gezins*inkomen beneden de inkomensgrens van de verplichte ziekenfondsverzekering voor loontrekkenden in de particuliere sector, doch daaraan niet kunnen resp. behoeven deel te nemen (zelfstandigen, rijksambtenaren en bejaarden met een inkomen boven de inkomensgrens van de bejaardenverzekering) bestaat de mogelijkheid om zich in het kader van de Ziekenfondswet vrijwillig te verzekeren. De te betalen premie is in tegenstelling tot de verplichte ziekenfondsverzekering, in principe rechtstreeks

afhankelijk van het aantal verzekerden. Daarnaast is de premie, binnen zekere grenzen, gedifferentieerd naar regio en soms ook naar draagkracht. Gemiddeld bedroeg de premie per volwassen verzekerde, zonder reductie, in 1981 ca. f. 135 per maand. In 1981 bedroeg het totaal aantal verzekerden 1,6 mln.

Ambtenaren van politie, gemeenten en provinciale overheden en hun gezinsleden hebben aparte ziektekostenregelingen. Zo kent het politiepersoneel de Dienst Geneeskundige Verzorging Politie (DGVP), de gemeente-ambtenaren de Instellingen Ziektekostenvoorziening Ambtenaren (IZA-regelingen) en de ambtenaren in dienst van provinciale overheden de Interprovinciale Ziektekostenregeling (IZR). Deze regelingen kennen géén loongrens. Werknemers en werkgevers betalen ieder de helft van de premie, die per regeling verschilt (in 1981 van 6,8% tot 8,2%). Ook kent elke regeling weer een afzonderlijke premie-inkomensgrens welke varieert van f. 40.235 tot f. 74.845 (in 1981). Het totaal aantal verzekerden bedroeg in 1981 ca. 0,8 mln.

Voor ambtenaren in dienst van het rijk bestaat geen afzonderlijke regeling. Beneden de loongrens van de Ziekenfondswet (f. 42.300) hebben zij de keus tussen een verzekering in het kader van de vrijwillige ziekenfondsverzekering en een particuliere ziektekostenverzekering. Boven deze loongrens zijn zij per definitie aangewezen op een particuliere ziektekostenverzekering. Wel ontvangen zij volgens de Interimregeling ziektekosten ongeacht de hoogte van het loon een bijdrage van de overheid, welke beschouwd kan worden als de werkgeversbijdrage van het rijk in de ziektekostenregeling van de rijksambtenaren.

Voor degenen die geen beroep kunnen of willen doen op één van de hierboven vermelde regelingen is een groot assortiment van particuliere ziektekostenverzekeringen beschikbaar. Deze hanteren geen loongrens. De premies zijn doorgaans afhankelijk van het ingebrachte risico, maar onafhankelijk van het loon. Het totaal aantal verzekerden bedroeg in 1981 ca. 3,7 mln.

Zoals mede blijkt uit deze nog niet eens volledige opsomming van regelingen, zijn de volgende punten kenmerkend voor het huidige stelsel van ziektekostenverzekeringen:

- er bestaat een grote verscheidenheid aan toelatingsvoorwaarden;
- de te betalen premie kan al naar gelang het soort dienstverband of juist het ontbreken daarvan sterk uiteenlopen;
- globaal kan een tweedeling gemaakt worden tussen de geïnstitutionaliseerde regelingen die (tot op zekere hoogte althans) gebaseerd zijn op het *solidariteitsbeginsel*, d.w.z. premiebetaling naar draagkracht, en de particuliere ziektekostenverzekeringen die in belangrijke mate gebaseerd zijn op het *equivalentiebeginsel*, d.w.z. premiebetaling naar risico kennen;
- uit deze tegenstelling vloeit mede het reeds in de inleiding genoemde verschijnsel van „bad risks drive out good risks” a.g.v. „adverse selection” in de vrijwillige ziekenfondsverzekering voort;
- nog niet vermeld in het voorgaande overzicht is dat daarnaast ook het verstrekkingenpakket en de eigen-bijdrage-regelingen aanzienlijke verschillen vertonen;
- eveneens is nog niet vermeld dat daarenboven de voor de inkomensgebonden premieheffingen gehanteerde inkomensbegrippen per regeling belangrijk verschillen;

9) Voorzover het op macro-economische gegevens gebaseerde beschouwingen betreft zullen hierbij wegens gebrek aan data de diverse ambtenarenregelingen tot de particuliere verzekeringen worden gerekend. Zie bijvoorbeeld ook Sociaal Cultureel en Planbureau, op. cit., blz. 234. Voorts is in deze t.a.v. de ziekenfondsverzekeringen geen onderscheid gemaakt tussen de verplichte, bejaarden en vrijwillige ziekenfondsverzekeringen.

10) Benadrukt dient te worden dat het hier gemaakte onderscheid tussen een volksverzekering tegen langdurige resp. kortdurende ziektekosten vooral op methodologische gronden berust, omdat bij de eventuele daadwerkelijke effectivering van een volksverzekering tegen algemene ziektekosten het voor de hand ligt deze met de AWBZ tot één regeling te integreren.

— ten einde de premie voor de bejaardenziekenfondsverzekering op een aanvaardbaar peil te houden draagt de kas van de verplichte ziekenfondsverzekering bijna f. 1,0 mrd. per jaar bij aan de kas van de bejaardenziekenfondsverzekering. Dit komt gemiddeld overeen met ca. f. 300 per jaar per premiebetaler in de verplichte ziekenfondsverzekering. De particulier verzekerden, met doorgaans een hoger inkomen dan de verplichte ziekenfondsverzekerden, behoeven daarentegen niet aan de financiering van de bejaardenziekenfondsverzekering bij te dragen, terwijl zij bij het bereiken van de 65-jarige leeftijd in principe wel kunnen worden opgenomen in de bejaardenziekenfondsverzekering tegen dezelfde voorwaarden als voorheen verplicht verzekerden. In feite komt deze constructie neer op solidariteit van lagere-inkomenscategorieën met hogere-inkomenscategorieën!

In de volgende paragraaf zal worden ingegaan op de kosten- en financieringsstructuur. Hierbij zal ter wille van de overzichtelijkheid en op pragmatische gronden slechts een tweedeling tussen ziekenfondsverzekerden (verplicht, bejaarden en vrijwillige) enerzijds en particulier verzekerden (inclusief de verschillende ambtenarenregelingen) anderzijds worden gemaakt. Daarnaast speelt bij deze tweedeling een belangrijke rol dat aan de berekening van de te verwachten kosten van één volksverzekering tegen algemene ziektekosten het huidige verstrekkingenpakket van de ziekenfondsverzekering ten grondslag ligt.

3. De huidige kosten- en financieringsstructuur

Kosten

De totale kosten van de gezondheidszorg in Nederland bedroegen in 1981 ca. f. 30 mrd. (1). In procenten van het netto nationaal inkomen tegen marktprijzen komt dit overeen met ca. 10%. Van deze f. 30 mrd. wordt ca. f. 8,1 mrd. bestosigd door de AWBZ. De AWBZ-premie komt in het geval van loontrekkenden geheel ten laste van de werkgever. Daarnaast wordt ca. f. 1,6 mrd. rechtstreeks door de overheid betaald in de vorm van subsidies aan instellingen die zich bewegen op het terrein van de gezondheidszorg en ca. f. 0,3 mrd. door bedrijven in het kader van de bedrijfsgezondheidszorg e.d. Het resterende bedrag van bijna f. 20 mrd. kan direct aan ziekenfonds- en particulier verzekerden worden toegerekend.

Zoals uit tabel I blijkt is de rechtstreeks aan de particulier verzekerden toe te rekenen waarde van de consumptie van gezondheidszorgdiensten gemiddeld in 1981 per verzekerde globaal gelijk aan de rechtstreeks aan de ziekenfondsverzekerden toe te rekenen waarde van de consumptie van gezondheidszorgdiensten (2). Bekend is evenwel dat het gemiddeld volumeverbruik van gezondheidszorgdiensten door ziekenfondsverzekerden dat van particulier verzekerden overtreft (3). Derhalve is hier ter wille van een goed begrip van de opbouw van het verschil in consumptie van gezondheidszorgdiensten tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden een onderscheid gemaakt tussen een volume- en prijscomponent.

Ten aanzien van de volumecomponent is de gemiddeld per particulier verzekerde gebruikte hoeveelheid gezondheidszorgdiensten als standaard eenheid gehanteerd. Uitgaande van deze standaard eenheid en van de resultaten van eerdere onderzoeken is verondersteld dat de gemiddelde ziekenfondsverzekerde per jaar globaal 1,4 standaard eenheden gezondheidszorg verbruikt (4).

Eén van de oorzaken van het grotere verbruik van gezondheidszorgdiensten van ziekenfondsverzekerden t.o.v. particulier verzekerden is het verschil in geslachts- en leeftijdsopbouw van de twee populaties. Daarnaast spelen de verschillende vraag- en aanbodprijkkels inzake medische consumptie een rol (5). Zo is aannemelijk dat onder meer het feit dat

particulier verzekerden als gevolg van het veel gehanteerde restitutie-systeem doorgaans de dokters- en ziekenhuisrekeningen ontvangen en dus rechtstreeks met de kosten van hun medische consumptie geconfronteerd worden, een drukende werking op de vraag heeft (6). Ook zal de in de particuliere ziektekostenverzekeringen veelvuldig gehanteerde eigen risico-vorm, waardoor „moral hazard”-gedragingen minder in de rede liggen, ongetwijfeld een remmende invloed op de vraag naar gezondheidszorgdiensten van particuliere verzekerden uitoefenen (7).

Wat betreft de aanbodzijde kan onder meer worden gewezen op het feit dat huisartsen per ziekenfondsverzekerde jaarlijks een vast bedrag ontvangen, onafhankelijk van het aantal verrichtingen. Van dit systeem gaat mogelijk een stimulerende werking uit op het aantal doorverwijzingen naar de (duurdere) medische specialisten. Voor particuliere patiënten wordt de huisarts daarentegen per verrichting gehonoreerd. Het gevolg hiervan is dat het aantal doorverwijzingen van particulier verzekerden aanzienlijk lager is dan van ziekenfondsverzekerden (8).

Tegenover het hogere verbruik van gezondheidszorgdiensten van ziekenfondsverzekerden in vergelijking tot particulier verzekerden staat een aanzienlijk lagere prijs per verbruikte eenheid van ziekenfondsverzekerden. Dit hangt onder meer samen met de tarievenstructuur van medische specialisten. In de loop der tijd is een situatie ontstaan waarbij per identieke behandeling het tarief voor een particulier verzekerde 100 à 400% hoger is dan voor een ziekenfondsverzekerde (9).

Financiering

De financiering van de consumptie van (kortdurende) gezondheidszorgdiensten ad f. 19,5 mrd. in 1981 vindt voornamelijk door het heffen van premies en eigen bijdragen plaats (20). De door de verzekerde te betalen premie is in het geval van de verplichte ziekenfondsverzekering, IZR en IZA-regelingen rechtstreeks aan het looninkomen gerelateerd,

11) Zie Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, *Financieel overzicht van de gezondheidszorg*, nr. 5, 1981.

12) De in tabel I vermelde totale kosten zijn ontleend aan het *Financieel overzicht van de gezondheidszorg*. De correctie voor de aan ziekenfondsverzekerden toe te rekenen particuliere bijdragen is daarbij, uitgaande van de in Van de Ven, op. cit., 1981 uitgevoerde berekeningen voor 1979, gesteld op f. 700 mln. Overigens stemmen de totale in het *Financieel overzicht van de gezondheidszorg* (1981) geraamde aan ziekenfondsverzekerden toe te rekenen kosten ad f. 12,7 mrd. overeen met de ramingen van de Ziekenfondsraad juni 1981. Zie hiertoe de brief van de Ziekenfondsraad aan de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, resp. Sociale Zaken, 56/301, d.d. juni 1981, in het bijzonder bijlage 9. Aan bijlage 4 van deze brief is de raming van het totaal aantal Ziekenfondsverzekerden in 1981 ontleend. Zie verder ook Ziekenfondsraad, *Premie verplichte ziekenfonds- en bejaardenverzekering 1982 en premiereductieregelingen bejaarden en vrijwillige verzekering 1982*, uitgave 162, oktober 1981.

13) Zie hiertoe de analyse van W. P. M. M. van de Ven, F. A. Nauta, R. C. J. A. van Vliet en F. F. H. Rutten, *Inventarisatie en achtergronden van de consumptieverschillen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden, Gezondheid en Samenleving*, 1980, blz. 224-253.

14) Zie SCP, op. cit., onder meer blz. 421 en Van de Ven e.a., op. cit., 1980.

15) Zie ook G. H. O. van Maanen, De kostenthermometer wijst koorts aan, een verkenning van de marktfactoren die bijdragen tot de kostenstijging in de gezondheidszorg, *Openbare Uitgaven*, 1977, nr. 1.

16) Zo stellen Van de Ven e.a., op. cit., 1980: „Wellicht kan dit verschil in kostenbewustzijn bijdragen aan de verklaring van de méérconsumptie van ziekenfonds — ten opzichte van particulier verzekerden”. Wel voegen zij hier aan toe dat „harde” onderzoekresultaten hierover ontbreken.

17) Zie ook de berekeningen in Joseph P. Newhouse, Charles E. Phelps en William B. Swartz, *Policy options and the impact of national health insurance*, Rand-publication R-1528-HEW/OEO, 1974, en M. V. Pauly, The economics of moral hazard comment, *American Economic Review*, 1968, blz. 531-535.

18) Zie Van de Ven e.a., op. cit., 1980.

19) Zie onder meer SER, op. cit., III, 10.

20) Daarnaast draagt de overheid in de vorm van een rijksbijdrage bij aan de kosten van vooral de bejaardenziekenfondsverzekering (zie paragraaf 2).

doch onafhankelijk van het aantal verzekerden per premiebetaler. Bij de particuliere ziektekostenverzekeringen is de te betalen premie daarentegen enerzijds onafhankelijk van het inkomen, doch anderzijds wel direct afhankelijk van het aantal verzekerden per verzekeringspolis. De vrijwillige en bejaardenziekenfondsverzekering nemen daarbij enigszins een tussenpositie in.

In tabel 2 zijn voor enkele veel voorkomende gezinssamenstellingen de bijdragen aan de financiering van de gezondheidszorg weergegeven. Deze kosten bestaan uit de som van de premiebetalingen door of ten behoeve van de verzekerden verricht, derhalve inclusief het eventuele aandeel van de werkgever, en eigen bijdragen. Overigens dient ter wille van een correcte interpretatie van de in tabel 2 gepresenteerde resultaten van de berekeningen te worden benadrukt dat, voor zover er een keuzemogelijkheid bestaat zoals tussen een vrijwillige ziekenfondsverzekering en particuliere ziektekostenverzekering en inzake de particuliere ziektekostenverzekeringen tussen de verschillende vormen van eigen risico, alternatieve berekeningen mogelijk zijn. Voorts dient te worden opgemerkt dat de ter wille van de overzichtelijkheid niet in de tabel vermelde categorieën in grote lijnen of wel, zoals de volgens IZR en IZA-regelingen verzekerden met de verplichte ziekenfondsverzekering, of wel, zoals de bejaardenziekenfondsverzekering, met de vrijwillige ziekenfondsverzekering kunnen worden vergeleken.

Tabel 1. Rechtstreeks toe te rekenen consumptie van (kortdurende) gezondheidszorgdiensten in 1981

| | Totale kosten in mrd. gld. | Aantal verzekerden in mln. | Consumptie per verzekerde in gld. | Aantal standaard gezondheidszorgeenheden per verzekerde | Prijs per standaard gezondheidszorgeenheid in gld. |
|---------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------------|---|--|
| | (1) | (2) | (3) = (1)/(2) | (4) | (5) = (3)/(4) |
| Ziektenfonds-verzekerden | 13,4 | 9,70 | 1.381 | 1,40 | 986 |
| Particulier verzekerden | 6,1 | 4,46 | 1.368 | 1,00 | 1.368 |
| Totaal c.q. gemiddelde .. | 19,5 | 14,16 | 1.377 | 1,27 a) | 1.081 |

a) Afgerond op drie decimalen: 1,274.

Bron: Voornamelijk eigen berekeningen gebaseerd op de diverse in de tekst vermelde publikaties.

De in tabel 2 weergegeven resultaten kunnen zowel per regel als per kolom worden geïnterpreteerd. Bestudering per regel leert onder meer dat per type huishouden de financieringslasten, zowel absoluut als relatief ten opzichte van het inkomen,

vooral voor alleenstaanden en voor een echtpaar waarvan beide partners werken, al naar gelang het inkomen aanzienlijk kunnen variëren. Voorts blijkt duidelijk uit de kolombestudering dat tot aan de loongrens voor de Ziektenfondswet huishoudens waarvan beide partners werkzaam zijn absoluut gezien aanzienlijk meer bijdragen aan de financiering van de gezondheidszorg dan andere typen gezinshuishoudingen 21). Al met al blijkt dat het beeld, zowel naar inkomen als naar type huishouden, uiterst onevenwichtig is en dat, voor zover er sprake is van een verband tussen draagkracht en bijdrage aan de financiering van de gezondheidszorg, dit verband eerder negatief is dan positief!

4. De kosten van een volksverzekering tegen algemene ziektekosten

Het invoeren van een volksverzekering tegen algemene ziektekosten houdt in feite in dat de twee momenteel naast elkaar opererende systemen van ziektekostenverzekeringen, de ziekenfondsverzekeringen en de particuliere verzekeringen, worden samengevoegd. Ten einde de kosteneffecten van deze samenvoeging te ramen dienen veronderstellingen te worden gemaakt ten aanzien van zowel de volume- als prijscomponenten 22). Daarbij is er van uitgegaan dat het verstrekkingspakket van de huidige ziekenfondsverzekeringen gelijk zal zijn aan dat van de volksverzekering tegen ziektekosten 23).

Wat betreft de te verwachten ontwikkeling van de volume-component worden vier varianten onderscheiden:

21) Zie voor een meer uitgewerkte beschouwing van de financieringsstructuur, waarin onder meer ook nog rekening wordt gehouden met de AWBZ-premie en de fiscale aspecten van de ziektekosten, Van de Ven, op. cit., 1981.

22) Zie voor een soortgelijke analyse, te weten de bestudering van het effect van de samenvoeging van de particuliere en collectieve sector in het kader van de volksverzekering tegen arbeidsongeschiktheid (AAW), F. A. J. van den Bosch en C. Petersen, Een versholven loonkostensubsidie door de AAW, *Openbare Uitgaven*, augustus 1981.

23) Op voorhand dient te worden benadrukt dat de berekeningen onder de ceteris-paribusconditie t.a.v. het gedrag, zowel wat de prijs- als volumecomponent betreft, van de aanbieders van gezondheidszorgdiensten zijn uitgevoerd. Zie overigens voor mogelijk kostenverhogende reacties vanuit de aanbodzijde b.v. W. M. van de Kar, Collectieve lasten, welvaartstheorie en gezondheidszorg, *ESB*, mei 1980, blz. 640-644. Een aanzet tot een oplossing in deze zou overigens onder meer gevonden kunnen worden door een algehele invoering van het abonnementensysteem voor de door de volksverzekering vergoede verrichtingen.

Tabel 2. Rechtstreeks toe te rekenen bijdrage in gld. aan de financiering van de (kortdurende) gezondheidszorgdiensten onder de huidige structuur in 1981 a)

| Gezinssamenstelling | Inkomen hoofdkostwinner per jaar in gld. | | | | |
|--|--|--------------|-------------|--------------|-------------|
| | 20.000 | 30.000 e) | 42.000 e) | 43.000 c) e) | 80.000 e) |
| Alleenstaande: | | | | | |
| — verplichte verzekering b) | 1.832 (9,2) | 2.712 (9,0) | 3.229 (7,7) | n.v.t. | n.v.t. |
| — vrijwillige ziekenfondsverzekering c.q. particuliere verzekeringen | 1.698 (8,5) | 1.698 (5,7) | 1.698 (4,0) | 1.500 (5,5) | 1.500 (4,9) |
| Echtpaar, beide werkend f): | | | | | |
| — verplichte verzekering b) | 2.784 (9,3) | 4.102 (9,1) | 5.077 (8,1) | n.v.t. | n.v.t. |
| — vrijwillige ziekenfondsverzekering c.q. particuliere verzekeringen d) g) | 3.396 (11,3) | 3.000 (6,7) | 3.000 (4,8) | 3.000 (4,7) | 3.000 (2,5) |
| Gezin met twee kinderen jonger dan 16 jaar en één kostwinner: | | | | | |
| — verplichte verzekering b) | 2.048 (10,2) | 2.928 (9,8) | 3.445 (8,2) | n.v.t. | n.v.t. |
| — vrijwillige ziekenfondsverzekering c.q. particuliere verzekeringen g) | 1.934 (9,7) | 3.540 (11,8) | 3.540 (8,4) | 4.500 (10,5) | 4.500 (5,6) |

a) Inclusief werkgeversaandeel en eigen bijdragen. Tussen haakjes staan de rechtstreekse bijdragen vermeld in procenten van het totale inkomen per huishouden.

b) Ter wille van de vergelijkbaarheid is uitgegaan van het lastendeckende premiepercentage van 8,8 in 1981 (zie paragraaf 4). Voorts is rekening gehouden met de gemiddelde eigen bijdrage van f. 72 per persoon per jaar.

c) In 1981 bedroeg de loongrens beneden welke men verplicht verzekerd is voor het ziekenfonds f. 42.300, terwijl de premiegrens f. 35.880 bedroeg.

d) Bij de vrijwillige ziekenfondsverzekering wordt i.t.t. bij de verplichte verzekering het gezinsinkomen als maatstaf gehanteerd.

e) Bij de particulier verzekerden is uitgegaan van gemiddeld f. 1.500 aan premiebetalingen en eigen bijdragen per jaar voor volwassenen en f. 750 voor kinderen. Zie ook Ziektenfondsraad, op. cit., 1981, blz. 9.

f) Verondersteld is dat het inkomen van de partner 50% bedraagt van dat van de hoofdkostwinner.

g) In de vrijwillige ziekenfondsverzekering wordt de premie per persoon gegeven. Kinderen beneden de zestien jaar zijn evenwel vrijgesteld. Beneden een inkomen van f. 28.200 (in 1981) wordt een gereduceerde premie gegeven.

- I. de medische consumptie van de huidige particulier verzekerden zal zich als gevolg van het wegvallen van een eventuele financiële rem uitbreiden tot het niveau van de huidige ziekenfondsverzekerden;
- II. uitgaande van de analyse van Van de Ven e.a. is het evenwel plausibeler om te veronderstellen dat het verschil in medische consumptie tussen particulier en ziekenfondsverzekerden voor een deel wordt veroorzaakt door economische motieven, zoals het in de particuliere verzekeringen veel gehanteerde eigen-risicosysteem en voor het overige door persoonsgebonden factoren. In de onderhavige analyse is daarbij verondersteld dat beide effecten gelijkelijk bijdragen tot het verschil in gebruik van gezondheidszorgdiensten. Dit betekent dat samenvoeging tot gevolg zou hebben dat het gebruik door particulier verzekerden stijgt tot 1,20 standaardgezondheidszorgeenheid per jaar;
- III. als optimistisch alternatief voor variant II kan ook worden verondersteld dat het verbruik van particulier verzekerden door het wegvallen van de financiële stimulansen tot een beheerst beroep op gezondheidszorgdiensten niet wordt beïnvloed;
- IV. als vierde variant is uitgegaan van de mogelijkheid dat het overnemen van enkele financiële structuurelementen uit de huidige particuliere verzekeringen in de nieuwe volksverzekering 24) leidt tot een daling van het gebruik van de huidige ziekenfondsverzekerden tot, rekening houdend met het verschil in samenstelling van de resp. verzekerdenbestanden, het peil van de huidige particulier verzekerden, terwijl de particulier verzekerden op hetzelfde verbruiksniveau blijven.

Met betrekking tot de prijscomponent is in alle vier de volumevarianten uitgegaan van de huidige (gewogen) gemiddelde prijs per standaard gezondheidszorgeenheid, zijnde f. 1.081 in 1981 (zie tabel 1). Dit impliceert dat het geheel van de volume-effecten van de invoering van een eventuele volksverzekering tegen algemene ziektekosten zal afhangen van het feit of de totale kosten van de (kortdurende) gezondheidszorgdiensten zullen toe- of afnemen.

De uit de verschillende varianten voortvloeiende totale kosten zijn vermeld in tabel 3, kolom 3. De totale kosten in variant III zijn vanzelfsprekend gelijk aan de som van de kosten van de bestaande ziekenfonds- en particuliere verzekeringen (zie tabel 1). Indien de financiële structuurelementen uit de huidige ziekenfondsverzekeringen zonder meer ook in een volksverzekering opgenomen zouden worden, zouden blijkens variant II de totale kosten met ca. f. 1,0 mrd. toenemen. Als daarentegen in een volksverzekering een aantal ele-

menten van de financieringsstructuur van de huidige particuliere verzekering opgenomen worden, waarbij vooral valt te denken aan een beperkte vorm van eigen risico en het restitutie-systeem, zouden de totale kosten ca. f. 2,0 mrd. minder bedragen (zie variant IV).

Bij de vaststelling van dat gedeelte van de totale kosten dat niet uit premiebatens behoeft te worden gedekt is uitgegaan van de bestaande bijdragen, niet-premiebatens zijnde. Hierbij is ter wille van een zuivere vergelijking ten aanzien van de rijksbijdragen onder meer uitgegaan van de bijdrage waarop de premievaststelling ziekenfondswet op 8,6% in 1981 was gebaseerd 25). Het lastendekkend premiepercentage, d.w.z. het premiepercentage waarbij de kosten juist worden gedekt, bedroeg in 1981 evenwel, eveneens rekening houdend met de geplande rijksbijdrage, 8,8 26). Voorts is continuering van de, overigens bescheiden, financiering door bedrijven verondersteld 27).

Ook zijn onder de niet-premiebatens de huidige eigen bijdragen van ziekenfondsverzekerden, zijnde ca. f. 0,7 mrd., begrepen 28), alsmede een te verwachten soortgelijke eigen bijdrage van de huidige particulier verzekerden. Deze laatste bijdrage is, rekening houdend met het verschil in de omvang van de respectieve verzekerdenbestanden, op basis van de huidige eigen bijdragen van ziekenfondsverzekerden geschat op f. 0,3 à f. 0,4 mrd. Daarnaast is t.a.v. de post eigen bijdragen verondersteld dat de gemiddelde huidige particulier verzekerde onder een volksverzekering, in verband met de gemiddeld hogere eisen die een particulier verzekerde zal stellen aan zijn medische verzorging, een extra eigen bijdrage van f. 100 per jaar levert 29). Totaal is dit ca. f. 0,4 à f. 0,5 mrd.

24) Zie voor een nadere beschouwing omtrent „enig herstel van het causaliteitsprincipe” b.v. ook F. F. H. Rutten, Financiering van de gezondheidszorg op lange termijn, *Openbare Uitgaven*, oktober 1979.

25) Zie onder meer ook de Ziekenfondsraad, brief 56/301, juni 1981. Overigens betreft deze bijdrage vooral de huidige bejaarden-ziekenfondsverzekering, welke f. 1,4 mrd. bedraagt in 1981.

26) De berekening hiervan is gebaseerd op de Ziekenfondsnota, uitgave 162, 1981, blz. 42 waar een lastendekkend premiepercentage van 9,05 voor de verplichte ziekenfondsverzekering voor 1981 is berekend. Correctie voor de geplande rijksbijdrage ad f. 236 mln. (zie Ziekenfondsraad, brief 256/301, 1981, blz. 3) levert vervolgens een lastendekkend premiepercentage op van 8,8%.

27) Het door Van de Ven, op. cit., 1981, vermelde bedrag voor 1979 is hierbij aangepast aan de prijsstijging 1979-1981.

28) Hierbij valt te denken aan bepaalde vormen van tandheelkundige verzorging, kraamzorg, brilmonturen enz.

29) Zo zal van de huidige particulier verzekerden een belangrijk gedeelte bereid zijn tot een extra eigen bijdrage voor de luxe van b.v. tweede of eerste klas ziekenhuisverpleging. (In 1979 was dit percentage onder de particulier verzekerden 33).

Tabel 3. Premielasten volksverzekering tegen algemene ziektekosten onder verschillende veronderstellingen, 1981

| Variant | Aantal standaard gezondheidszorgeenheden per persoon a) | Prijs per standaard gezondheidszorgeenheid in gld. a) | Totale kosten b) in mrd. gld. | Totale niet-premiebijdragen in mrd. gld. c) | Door premieheffing te financieren kosten in mrd. gld. | Premiepercentage d) |
|------------------|---|---|-------------------------------|---|---|---------------------|
| | (1) | (2) | (3) | (4) | (3) - (4) = (5) | (6) |
| I. Ziekenfonds | 1,4 | 1.081 | 21,4 | 5,0 | 16,4 | 9,4 |
| Particulier | 1,4 | | | | | |
| II. Ziekenfonds | 1,4 | 1.081 | 20,5 | 5,0 | 15,5 | 8,9 |
| Particulier | 1,2 | | | | | |
| III. Ziekenfonds | 1,4 | 1.081 | 19,5 | 5,0 | 14,5 | 8,3 |
| Particulier | 1,0 | | | | | |
| IV. Ziekenfonds | 1,2 | 1.081 | 17,4 | 6,0 | 11,4 | 6,6 |
| Particulier | 1,0 | | | | | |

a) Zie voor toelichting tekst.

b) Totale kosten = kolom 1 × resp. aantal verzekerden (zie tabel 1) × kolom 2.

c) Totale niet-premiebijdragen = geplande rijksbijdrage volgens *Sociale meerjarenramingen 1981*, blz. 46 ad f. 1,8 mrd. + de bij de invoering van een volksverzekering vrijvallende winsten van de huidige particuliere ziektekostenverzekeringen van naar raming ca. f. 0,2 mrd. + eigen bijdragen ad f. 1,5 mrd. (variant I t/m III) of f. 2,5 mrd. (variant IV) + bijdrage van de niet-volksverzekeringplichtig zijnde 65-jarigen en ouderen ad f. 1,4 mrd. (zie verder tekst) + interestbatens ad f. 0,1 mrd.

d) Kolom 5 in procenten van het premieplichtig inkomen volksverzekeringen, zijnde in 1981 naar CPB-raming van december 1981 f. 174,0 mrd.

Gesommeerd zal de totale eigen bijdrage daarmee ca. f. 1,5 mrd. bedragen.

Inzake variant IV waarin is uitgegaan van een beperkt eigen risico, is daarnaast een eigen risico aan de voet van f. 100 per verzekerde per jaar verondersteld. Indien globaal wordt verondersteld dat dit bedrag gemiddeld voor zeventig procent wordt voldaat, resulteert een additionele eigen bijdrage van ca. f. 1,0 mrd. 30).

Ten slotte is bij de post niet-premiebijdragen rekening gehouden met het feit dat 65-jarigen en ouderen niet premieplichtig zijn voor de volksverzekeringen. Uitgaande van de bestaande door deze categorie opgebrachte ziektekostenpremie, zijnde ca. f. 1,4 mrd. 31) is verondersteld dat 65-plussers via b.v. de inkomstenbelasting bijdragen aan de financiering van de volksverzekering 32).

Het verschil van de totale kosten en de niet-premiebijdragen levert vervolgens de door premieheffing te financieren kosten op (zie tabel 3, kolom 5). Het premiepercentage resulteert door de door premieheffing te financieren kosten te relateren aan de premieplichtige inkomenssom van de volksverzekeringen.

Uit tabel 3 blijkt dat in variant II, welke uitgaande van het huidige patroon van medische consumptie de plausibelste is, de lastendekkende premie 8,9% zou bedragen. Dit premiepercentage is ten naaste bij gelijk aan het lastendekkende premiepercentage van de verplichte ziekenfondsverzekering in 1981 van 8,8 33). Het overnemen van enkele financiële-structurelementen uit de huidige particuliere verzekeringen in de volksverzekering tegen ziektekosten zou volgens variant IV zelfs inhouden dat met een premiepercentage van 6,6 zou kunnen worden volstaan.

Wat betreft de plausibiliteit van de uitkomsten van deze berekeningen zij overigens benadrukt dat alternatieve veronderstellingen over bij voorbeeld het aantal gemiddeld gebruikte standaardgezondheidszorgeenheden per ziekenfondsverzekerde de bovenstaande uitkomsten niet wezenlijk beïnvloeden 34). Het één en ander impliceert dat vanuit macro-economisch gezichtspunt een volksverzekering tegen algemene ziektekosten tot de mogelijkheden zou behoren 35). Dit geldt blijkens het te verwachten premiepercentage in variant IV van 6,6 des te meer indien bij de invoering van de volksverzekering tegelijkertijd een beperkt eigen risico zou worden geïntroduceerd. Zelfs zou een dergelijke variant, in overeenstemming met de huidige tijdgeest van privatisering, een directe besparing voor de sociale zekerheidssector kunnen inhouden van ca. f. 0,2 mrd., zijnde het verschil tussen de huidige tot de collectieve lasten te rekenen premieafdrachten inzake ziektekosten en de door premieheffing te financieren kosten van een volksverzekering tegen ziektekosten.

Tevens kan er in dit kader op worden gewezen dat de zowel mogelijke als noodzakelijke opheffing van het scala aan specifiek op ambtenaren gerichte ziektekostenregelingen bij introductie van een AWAZ een lastenverlichting voor de totale overheid van globaal f. 1,4 mrd. inhoudt 36). Ervan uitgaande dat ook de AWAZ-premie voor de helft door de

werknemer en voor de andere helft door de werkgever betaald wordt, staat hier weliswaar tegenover dat de overheid als werkgever in variant IV ca. f. 1,0 mrd. aan premie zal moeten bijdragen 37). Per saldo resulteert evenwel een besparing van ca. f. 0,4 mrd. op het overheidsbudget. Beide effecten van ca. f. 0,6 mrd. zouden inhouden dat de collectieve lasten met ca. f. 0,6 mrd. zouden verminderen.

Feitelijk belangrijker, want structureler dan de vermindering van de collectieve lasten, is dat variant IV het meest beantwoordt aan de reeds in de vroege genoemde criteria van economische efficiency, rechtvaardigheid en administratieve efficiency. Want door het introduceren van de mogelijkheid om zelf enige verantwoordelijkheid ten aanzien van het niveau van de gezondheidszorgkosten te dragen zal naast de andere criteria in variant IV meer recht worden gedaan

30) Het produkt van 14 mln. verzekerden en gemiddeld f. 70 effectief eigen risico per verzekerde.

31) Van de ca. 1,5 mln. bejaarden zijn ca. 1 mln. d.m.v. de bejaarden-ziekenfondsverzekering verzekerd, die te zamen ca. f. 0,7 mrd. aan premie betalen. Aangezien de andere 0,5 mln. bejaarden juist vanwege een te hoog inkomen niet voor deze verzekeringsvorm in aanmerking komen, is m.b.t. deze laatste categorie verondersteld dat zij gemiddeld de tweevoudige premie van de ziekenfondsverzekerde categorie bejaarden betalen. Te zamen betekent dit dat de bejaarden momenteel totaal ca. f. 1,4 mrd. aan ziektekostenpremie betalen.

32) Hierbij zou ook gedacht kunnen worden aan de constructie dat de overheid deze f. 1,4 mrd. voor haar rekening neemt, en dit vervolgens in mindering brengt op de rijksbijdragen aan het AOW-fonds, hetwelk op haar beurt de AOW-uitkeringen corrigeert voor het feit dat geen ziektekostenpremies meer betaald behoeven te worden.

33) Voor 1982 is het lastendekkend premiepercentage voor de verplichte ziekenfondsverzekering, overigens mede door de verdiscontering van het terugtrekken van de rijksbijdrage, op ca. 9,2% geraamd (zie Ziekenfondsraadnota nr. 162, oktober 1981).

34) Zo levert de veronderstelling dat per ziekenfondsverzekerde gemiddeld 1,3 standaard gezondheidszorgeenheid wordt verbruikt in variant II een premiepercentage van 8,9 en in variant IV een premiepercentage van 6,8 op. Uitgaande van gemiddeld 1,5 standaard gezondheidszorgeenheid per ziekenfondsverzekerde wordt het premiepercentage in variant II 9,0 en daalt in variant IV tot 6,4.

35) Volledigheidshalve dient te worden opgemerkt dat in het kader van dit artikel niet alle mogelijke kostenaspecten van de invoering van een AWAZ zijn geanalyseerd. Te denken valt hierbij bv. aan enerzijds een premie-opslag i.v.m. eventueel noodzakelijke vermogensvorming en anderzijds aan de te verwachten kostenbesparing a.g.v. een grotere doorzichtigheid en daarmee betere beheersbaarheid.

36) De IZA-regelingen, de IZR-regeling en de IRZA-regeling (Interregulering Ziektekosten Ambtenaren), voor rijksambtenaren (zie ook *Sociale Meerjarenramingen*, 1981, blz. 34 en 47-48) en de ZVO-regeling (Ziektekostenverzekering overheidspersoneel, welke beknoppt inhoudt dat hetgeen een overheidsambtenaar meer dan een bepaald percentage van zijn inkomen, in 1981 4,3%, aan ziektekosten besteed, in principe door de overheid vergoed wordt) zouden namelijk overbodig worden.

37) Hierbij is uitgegaan van de in F. A. J. van den Bosch en C. Petersen, *Enkele macro-economische aspecten van de Algemene Arbeidsomgeschiktheidswet (AAW)*, Discussion Paper G 8108, 1981, Instituut voor Economisch Onderzoek van de Erasmus Universiteit Rotterdam, weergegeven analyse omtrent de berekening van het totaal premieplichtig inkomen volksverzekeringen van ambtenaren.

Tabel 4. Rechtsreeks toe te rekenen bijdrage aan de financiering van de (kordurende) gezondheidszorgdiensten onder een algemene wet algemene ziektekosten in 1981 a)

| | Inkomen c) hoofdkostwinner per jaar in gld. | | | | |
|---|---|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | 20.000 | 30.000 | 42.000 | 43.000 d) | 80.000 |
| Alleenstaande b) | 1.330 (6,7) | 1.924 (6,4) | 2.637 (6,3) | 2.796 (6,5) | 3.460 (4,3) |
| Echtpaar, beiden kinderend b) e) | 2.066 (6,9) | 2.957 (6,6) | 3.502 (5,6) | 3.702 (5,8) | 3.702 (3,1) |
| Gezin met twee kinderen jonger dan 16 jaar en één kostwinner b) | 1.756 (8,8) | 2.350 (7,8) | 3.063 (7,3) | 3.540 (8,2) | 4.186 (5,2) |

a) Inclusief het (eventuele) werkgeversaandeel ziektekosten. Tussen haakjes staan de rechtsreeks bijdragen vermeld in procenten van het totale inkomen per huishouden.

b) Er is evenals in tabel 2 uitgegaan van het lastendekkende premiepercentage, zijnde in variant IV, 6,6. Voorts is rekening gehouden met een gemiddelde eigen bijdrage van f. 142,- p.p. per jaar tot aan de huidige loongrens Zfw en van f. 242,- boven deze grens (zie verder tekst).

c) Verondersteld is dat gemiddeld de per saldo correctie om te komen van het bruto inkomens tot het premieplichtig inkomen - 10% bedraagt (zie verder tekst).

d) In 1981 bedroeg de premiegrens voor de volksverzekeringen f. 48.750 per jaar. In 1982 is deze (extra) verhoogd tot f. 57.050 per jaar.

e) Evenals in tabel 2 is verondersteld dat het inkomen van de partner 50% bedraagt van dat van de hoofdkostwinner.

aan het criterium van economische efficiency dan in de andere varianten 38).

5. Enkele micro-economische consequenties

In aansluiting op de voorgaande macro-economische benadering zal in deze paragraaf op de micro-economische consequenties van de eventuele invoering van een volksverzekering tegen ziektekosten worden ingegaan. In tabel 4 zijn de uit de eventuele invoering van de AWAZ voortvloeiende financieringslasten gepresenteerd (39). Ter wille van de vergelijkbaarheid zijn weer dezelfde gezinssamenstellingen en inkomensniveaus onderscheiden als in tabel 2.

Aangezien, zoals in de vorige paragraaf is uiteengezet, variant IV zowel op theoretisch-economische als op praktische gronden de voorkeur zou verdienen, zijn in tabel 4 uitsluitend van deze variant de inkomenspolitieke consequenties weergegeven. Ook bij deze tabel dient benadrukt te worden dat de gepresenteerde bedragen met enige onzekerheid omgeven zijn. In de eerste plaats komt dit omdat ook hier is uitgegaan van gemiddelde eigen bijdragen. Daarenboven kan van aanzienlijk belang zijn dat de vaststelling van het premieplichtig inkomen voor de volksverzekeringen gebaseerd is op het belastbare inkomen (40). Bij een gelijk bruto inkomen kan het belastbare inkomen, en daarmee het premieplichtige inkomen, verschillen door de uiteenlopende hoogte van aftrekposten, zoals hypotheekrente. Omdat het bij het opstellen van tabel 4 enerzijds vanzelfsprekend niet zinvol (en mogelijk) was om met deze individuele verschillen rekening te houden, en het anderzijds ter wille van het realiteitsgehalte onjuist werd geacht om volledig voorbij te gaan aan het feit dat bruto inkomen en premieplichtig inkomen wel haast per definitie verschillen, is (ook) in deze een gemiddelde correctie gehanteerd (41).

Uit de in tabel 4 gepresenteerde berekeningen inzake de som van premiebetaling en eigen bijdrage naar type huishouding en inkomen blijkt dat per regel de financieringslasten toenemen met het stijgen van het inkomen. Dit houdt in dat, ten minste tot op zekere hoogte, recht wordt gedaan aan het solidariteitsprincipe.

Daarnaast blijkt uit de bestudering van de te verwachten financieringslasten per kolom dat meer dan onder de huidige structuur (zie tabel 2) recht wordt gedaan aan het equivalentiebeginsel. Ten aanzien van het absolute niveau van de lasten geldt voorts dat voor de lagere-inkomenscategorieën een aanmerkelijke lastenvermindering optreedt. Voor de hogere inkomenscategorieën treedt voor de huishoudingen waarin beide partners werken en vooral voor de alleenstaanden (doorgaans) een lastenverzwaring op. Uitgaande van het algemeen aanvaarde draagkrachtprincipe zou deze lastenverzwaring echter juist gerechtvaardigd zijn. De huidige onevenwichtige lastenverdeling wordt immers gecorrigeerd! Want op welke gronden valt te verdedigen dat in de huidige situatie de financieringslasten van de gezondheidszorg voor de twee genoemde type huishoudingen zowel absolute als, vooral, relatief gezien voor de hoge(re)-inkomenscategorieën aanzienlijk lager zijn dan voor de lagere-inkomenscategorieën?

In dit kader kan ook de vraag gesteld worden waarom van een alleenstaande verplicht verzekerde, die per definitie een inkomen heeft van minder dan f. 42.300, en van een alleenstaande die onder de publiekrechtelijke ziektekostenverzekeringen valt, wel solidariteit met zijn medeverzekerden wordt verwacht en van de alleenstaande particulier verzekerde welke doorgaans tot de hogere inkomenscategorieën behoort, niet (42). Overigens zou het wel in de rede liggen om bij de eventuele invoering van een volksverzekering tegen ziektekosten voor alleenstaanden een overgangsregeling te creëren. Dit zou onder meer mogelijk zijn door een aanpassing van de inkomstenbelastingtarieven. Zo zou voor alleenstaanden de belastingvrije voet kunnen worden verhoogd. Daarnaast zou overwogen kunnen worden om meer nadruk

te leggen op het equivalentiebeginsel. Dit zou gerealiseerd kunnen worden door de premieheffing per huishouden gedeeltelijk te relateren aan het aantal verzekerden per huishouden door per verzekerde een vast bedrag te heffen. Afhankelijk van de omvang van dit vaste bedrag zou dit namelijk resulteren in een verlaging van het aan het inkomen gebonden deel van de premie-opbrengst. Zo zou bij een standaardheffing van f. 100 per verzekerde per jaar het premiepercentage dalen van 6,6 tot 5,8. Dit voorbeeld zou overigens voor de derde hier gekozen standaard type huishouding nl. het gezin met twee kinderen, zelfs in de laagste inkomenscategorie géén lastenverhoging t.o.v. de huidige situatie impliceren (43).

6. Samenvatting en conclusies

In het voorgaande zijn een aantal belangrijke zowel macro- als micro-economische consequenties van de eventuele invoering van een volksverzekering tegen algemene ziektekosten geanalyseerd. Toegegeven zij dat men bij het trekken van conclusies uit de resultaten van dergelijke hypothetische analyses te allen tijde voorzichtig dient te zijn. Geconcludeerd dient echter te worden dat onder plausibele veronderstellingen vanuit macro-economisch gezichtspunt gezien een volksverzekering tegen ziektekosten, anders dan wel wordt voorgesteld (44), haalbaar moet worden geacht.

Dit geldt des te meer voor de hier voorgestane optie dat ook de huidige ziekenfondsverzekerden, evenals momenteel reeds de particulier verzekerden en een belangrijk deel van de, óók lager gesalarieerde, ambtenaren, een beperkt eigen risico te dragen krijgen. In deze optie resulteert namelijk een premie van 6,6%. Dit zou zelfs nog een, weliswaar bescheiden, verlaging met ca. f. 0,6 mrd. van de collectieve lasten impliceren.

Micro-economisch gezien zou een volksverzekering tegen ziektekosten een evenwichtiger lastenpatroon ten gevolg

38) Volledigheidshalve zij hierbij opgemerkt dat dit wel weer enigszins ten koste kan gaan van het criterium van administratieve efficiency en, afhankelijk van het belang dat men hecht aan resp. het solidariteits- en equivalentiebeginsel, het „equity“-criterium.

39) Hierbij dient erop gewezen te worden dat echtparen waarvan beide partners slechts één premie-aanslag voor de volksverzekeringen ontvangen tot aan een gezamenlijk inkomen van f. 48.750 (in 1981). Voor de verplichte ziekenfondsverzekering zijn beiden echter tot aan de premiegrens van f. 35.880 (in 1981) afzonderlijk premieplichtig. Overigens bestaat het voornemen om ook de premieheffing volksverzekeringen te individualiseren.

40) Het premieplichtig inkomen voor de volksverzekeringen is (in principe) gelijk aan de som van het belastbare inkomen en de te betalen premie AOW/AWW. Dit houdt in dat het premieplichtig inkomen als regel a.g.v. het saldo van positieve niet tot het loon behorende inkomensbestanddelen, zoals interestbaten, en negatieve inkomensbestanddelen, zoals buitengewone lasten, verwervingskosten en hypotheekrente, van het bruto-looninkomen zal verschillen.

41) Hierbij is van de schatting uitgegaan dat het premieplichtig inkomen gemiddeld 10% lager is dan het bruto inkomen.

42) Zo zou er voor alleenstaande die onder de publiekrechtelijke ziektekostenverzekeringen vallen (totaal aantal verzekerden ca. 0,8 mln.) vanwege de hogere daar gehanteerde premie-inkomensgrens, welke in de IZR-regeling zelfs oploopt tot f. 74.845 (in 1981), juist een lastenverlichting optreden.

43) De lagere-inkomensgroepen, resp. kinderrijke gezinnen, zouden overigens zonnig gecompenseerd kunnen worden door middel van de loon- en inkomstenbelasting en/of kinderbijslageregelingen.

44) Zie bv. de nota *Herooverwegingen*, op. cit., blz. 77; Verkiezingsprogramma PvdA, 1981: W. A. M. Elsen, op. cit., blz. 19-20; en C. A. de Kam en F. Nypels, *Wie zal dat betalen*, 1981, blz. 38. In al deze gevallen is de nadere onderbouwing van de uitspraak dat „een volksverzekering tegen ziektekosten macro-economisch niet haalbaar is“ overigens niet of nauwelijks te verifiëren! In tegenstelling hiermee staat nota nr. 155, 1981, van de Ziekenfondsraad, welke zich echter uitsluitend bezighoudt met de verschillende mogelijkheden inzake een beperkte volksverzekering tegen ziektekosten. Deze „beperking“ compliceert de analyse evenwel ten zeerste. Daarnaast wordt groten-deels voorbijgegaan aan de mogelijkheid om in een dergelijke volksverzekering ook elementen van de huidige particuliere en ambtenarenverzekeringen te incorporeren.

hebben dan de huidige financieringsstructuur van ziektekostenverzekeringen met zich brengt. Wel zou bij voorbeeld door het optrekken van de belastingvrije voet van de loonen inkomstenbelasting voor een soepele overgangsfase voor alleenstaanden moeten worden gezorgd. Daarnaast zou overwogen kunnen worden om de premieheffing gedeeltelijk te relateren aan het aantal verzekerden. Zo zou bij een standaardheffing van f. 100 per verzekerde per jaar het inkomensgebonden deel van de premie zelfs kunnen dalen tot 5,8%. Aan de invoering van een dergelijke constructie dient echter een afweging vooraf te gaan tussen het belang dat men aan het solidariteitsbeginsel, en het belang dat men aan het equivalentiebeginsel hecht. Bij deze afweging spelen overigens eerder ideologische dan wetenschappelijke motieven een rol.

Overigens is een serieuze politieke discussie over de voor- en nadelen van een volksverzekering tegen ziektekosten tot op heden uit de weg gegaan. Zonder meer werd verondersteld dat een dergelijke regeling toch niet economisch haalbaar

was. Nu evenwel de geldigheid van dit argument in de onderhavige analyse betwist wordt, lijkt een hernieuwde fundamentele politieke discussie over dit onderwerp op zijn plaats. Een staatscommissie, bestaande uit niet door groepsbelangen gebonden leden, zou kunnen worden ingesteld om op inventieve wijze de verschillende, ook niet-economische relevante aspecten die aan de eventuele invoering van een volksverzekering tegen ziektekosten zijn verbonden, uitgebreider te bestuderen en de resultaten daarvan binnen zeg één jaar te rapporteren 45).

Carel Petersen

45) Deze staatscommissie zou vanzelfsprekend vooral ook uitgebreider aandacht dienen te besteden aan de werkgelegenheids- en inkomenspositie van de aanbieders van gezondheidszorgdiensten. In het bijzonder zou in dit kader bestudeerd dienen te worden hoe het tot nu toe falende inkomensbeleid t.a.v. medisch specialisten zou kunnen worden verbeterd.